
Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151328

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151328

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001030

Conta: 0000030076-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 134.216.784-80 3 - CPF da vítima: 032.756444.35 4 - Nome completo da vítima: Gleison Antonio da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gleison Antonio da Silva Junior 6 - CPF: 032.756444.35 7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua Calceane 9 - Número: 501 10 - Complemento: 11 - Bairro: Alto do Mundo 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.071-151 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Gleison Antonio da Silva 18 - CPF do Representante Legal: 032.756444.35 19 - Profissão do Representante Legal: Vendedor

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 30076 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Inscrição
legível da
vítima ou
beneficiário
não titubeando

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28 de novembro 2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -
DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095005982

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **16:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/7/2019** às **22:06**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 81, ALTO DO
CRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO
SUPERMERCADO ESPERANÇA**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**LOMBADA VIA PÚBLICA (AUTOR \ AGENTE)
SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE)
DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSE RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE RONALDO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO** Pai: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**
Data de Nascimento: **2/1/2003** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **10883553/SDS/PE (RG), 13421678480 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- 31982628438

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101, RUA CALCONE - CEP: 52071151 - Bairro:**
ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **OLIVIA OLGA DO NASCIMENTO** Pai: **SATURNINO ROCHA DO**
NASCIMENTO Data de Nascimento: **23/4/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**

/ **BRASIL** Documentos: **2190541/SDS/PE (RG), 20915723434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GARÇOM** Telefones Celulares:
- 81988965888

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE RONALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 307 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA/VIA PÚBLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA6417 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VITIMA MENOR DE IDADE, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU /RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA NÚMERO S-860756, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019, ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM 31/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
(VITIMA)

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **3309625**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -
DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0095005982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às
16:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/7/2019** às **22:06**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 81, ALTO DO**
CRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA - Bairro: **NOVA DESCOBERTA -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO**
SUPERMERCADO ESPERANÇA
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LOMBADA VIA PÚBLICA (AUTOR \ AGENTE)
SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE)
DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSE RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE RONALDO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO** Pai: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**
Data de Nascimento: **2/1/2003** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **10823553/SDS/PE (RG), 13421678480 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- 31982628438

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101, RUA CALCONE - CEP: 52071151 - Bairro:**
ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **OLIVIA OLGA DO NASCIMENTO** Pai: **SATURNINO ROCHA DO**
NASCIMENTO Data de Nascimento: **23/4/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**

/ **BRASIL** Documentos: 2190541/SDS/PE (RG), 29915723434 (CPF) Estado Civil **CASADO(A)**
E escolaridade: 2º. **GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GARÇOM** Telefones Celulares:
- 81988965888

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE RONALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 307 - CEP: 55009-000 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA/VIA PÚBLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA6417** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VÍTIMA MENOR DE IDADE, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU /RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA NÚMERO S-860756, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019, ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM 31/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
(VÍTIMA)

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: 3809625

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

ASL-0427133/19
raianne.barbosa
15/04/2020 14:13:40

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 134.216.784-80 3 - CPF da vítima: 032.756444.35 4 - Nome completo da vítima: Gleison Antonio da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gleison Antonio da Silva Junior 6 - CPF: 032.756444.35
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua Calceane 9 - Número: 501 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Mundo 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.071-151
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Gleison Antonio da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 032.756444.35 19 - Profissão do Representante Legal: Vendedor

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 30076 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Inscrição
legível da
vítima ou
beneficiário
não titulado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28 de novembro 2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Endereço (e) (tipo) do segurador: ☐ BOMAS (EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ UNILIDER PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do AL: 3 - CPF do segurado: 4 - Nome completo do segurado

5 - RUA: 6 - Nº: 7 - Cidade: 8 - Estado: 9 - Município: 10 - Complemento:

11 - Nome completo do Representante Legal: 12 - CPF do Representante Legal: 13 - Número: 14 - Complemento:

15 - Nome: 16 - Endereço: 17 - Cidade: 18 - Estado: 19 - Município: 20 - Complemento:

21 - Nome completo do Representante Legal: 22 - CPF do Representante Legal: 23 - Número: 24 - Complemento:

25 - Nome: 26 - Endereço: 27 - Cidade: 28 - Estado: 29 - Município: 30 - Complemento:

31 - Nome completo do Representante Legal: 32 - CPF do Representante Legal: 33 - Número: 34 - Complemento:

35 - Nome: 36 - Endereço: 37 - Cidade: 38 - Estado: 39 - Município: 40 - Complemento:

41 - Nome completo do Representante Legal: 42 - CPF do Representante Legal: 43 - Número: 44 - Complemento:

45 - Nome: 46 - Endereço: 47 - Cidade: 48 - Estado: 49 - Município: 50 - Complemento:

51 - Nome completo do Representante Legal: 52 - CPF do Representante Legal: 53 - Número: 54 - Complemento:

55 - Nome: 56 - Endereço: 57 - Cidade: 58 - Estado: 59 - Município: 60 - Complemento:

61 - Nome completo do Representante Legal: 62 - CPF do Representante Legal: 63 - Número: 64 - Complemento:

65 - Nome: 66 - Endereço: 67 - Cidade: 68 - Estado: 69 - Município: 70 - Complemento:

71 - Nome completo do Representante Legal: 72 - CPF do Representante Legal: 73 - Número: 74 - Complemento:

75 - Nome: 76 - Endereço: 77 - Cidade: 78 - Estado: 79 - Município: 80 - Complemento:

81 - Nome completo do Representante Legal: 82 - CPF do Representante Legal: 83 - Número: 84 - Complemento:

85 - Nome: 86 - Endereço: 87 - Cidade: 88 - Estado: 89 - Município: 90 - Complemento:

91 - Nome completo do Representante Legal: 92 - CPF do Representante Legal: 93 - Número: 94 - Complemento:

95 - Nome: 96 - Endereço: 97 - Cidade: 98 - Estado: 99 - Município: 100 - Complemento:

101 - Nome completo do Representante Legal: 102 - CPF do Representante Legal: 103 - Número: 104 - Complemento:

105 - Nome: 106 - Endereço: 107 - Cidade: 108 - Estado: 109 - Município: 110 - Complemento:

111 - Nome completo do Representante Legal: 112 - CPF do Representante Legal: 113 - Número: 114 - Complemento:

115 - Nome: 116 - Endereço: 117 - Cidade: 118 - Estado: 119 - Município: 120 - Complemento:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190670011
Nome do(a) Examinado(a): Cleibson Antonio da Silva Junior
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Calcoene, 101
Alto do Mandu Recife PE CEP: 52071-151
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10883553
Data local do acidente: [30/07/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELEITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRURGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO

Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA.

Data da Alta: V?TIMA EM TRATAMENTO

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA EM USO DE FIXADOR EXTERNO, COM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA, COM DEFICIT NA MOBILIDADE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++**), DEFICIT DE FORÇA GRAVE DO MEMBRO.**

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim ☒ (X) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☒ (X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 07 de outubro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 07 de outubro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000030076-2

Nr. da Autenticação DC7915239270D257

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1410698542****NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA****COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.435, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 115,45	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 084769505	CONTA CONTRATO 4007514625 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
--	---	--	---

PERÍODO CONSUMO 15/10/2019 a 14/11/2019	CONSUMO 68
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 22,41

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4007514625	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 115,45	VENCIMENTO 10/12/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838100000019 154500110048 007514625101 203023825836

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-502
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

JANAINA GOMES DO NASCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

10/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/01/2020

CONTA CONTRATO

4007514625

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/01/2020

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

092571600

ENDEREÇO

RUA CALCOENE 101 -ALTO DO
MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE

TOTAL A PAGAR

R\$ 120,79

PERÍODO CONSUMO

17/12/2019 a 14/01/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

4007514625

MÊS/ANO

01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 120,79

VENCIMENTO

10/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838700000010 207900110040 007514625101 145168635930



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

telefones (81) 9.9714-0111

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-502
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

JANAINA GOMES DO NASCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

10/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/01/2020

CONTA CONTRATO

4007514625

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/01/2020

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

RUA CALCOENE 101 -ALTO DO
MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE

TOTAL A PAGAR

R\$ 120,79

NÚMERO DA NOTA FISCAL

092571600

PERÍODO CONSUMO

17/12/2019 a 14/01/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

4007514625

MÊS/ANO

01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 120,79

VENCIMENTO

10/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838700000010 207900110040 007514625101 145168635930



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

telefones (81) 9.9714-0111



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR		01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INFECÇÃO DE FO

Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR ALEXANDRE)
03/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSIÇÃO DE PRESTON

OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2019	24/10/2019

Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

Jra. Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27.900



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 01126639

Data de Nascimento: 02/01/2003

Idade: 17a 0m 8d

Sexo: MASCULINO

RECETUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM JULHO DE 2019 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA SUBMETIDO A SINTESE COM HASTE INTRA MEDULAR. EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE + PSEUDOARTROSE, RETIRADO MATERIAL DE SINTESE HA 40 DIAS E REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PRESTON. PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORA DE SECREÇÃO, NO MOMENTO SEM FISTULA ATIVA,

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia Traumatologia
CRM 13773



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JÚNIOR		01826639	70920124351
830365	MASCULINO	17a 2m 18d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 103-0

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

PACIENTE EM USO DE FIXADOR DE PRESTON INFECTADO APRESENTA

Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR
18/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR ALEXANDRE)
03/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSIÇÃO DE PRESTON
21/03 RETIRADA DE PRESTON (ORIENTADO POR DR ALEXANDRE)

OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

seguir com Antibio

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO, Em Limpo, sem sinais de infecção

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
17/02/20	21/03/2020

Recife, 21/03/20

Vinicius Gueiros
Médico
CRM-PE 78222

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Cel. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0001-11



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 01126639

Data de Nascimento: 02/01/2003

Idade: 17a 0m 8d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO DE 2019 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA SUBMETIDO A SINTESE COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE + PSEUDOTUMOROSE, RETIRADO MATERIAL DE SINTESE HA 40 DIAS E REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PRESTON, PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORA DE SECREÇÃO, NO MOMENTO SEM FISTULA ATIVA.

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia Traumatologia
CRM 13773



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR		01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INFEÇÃO DE FO

Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR ALEXANDRE)
03/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSIÇÃO DE PRESTON

OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2019	24/10/2019

Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

Jra. Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27.900

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME
10.883.553

DATA DE
EXPEDIÇÃO

10/08/2018

<< **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR >>**
FILIAÇÃO

<< **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA >>
<< JANAINA GOMES DO NASCIMENTO >>**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE

02/01/2003

DOC ORIGEM

<< **CN 49443 L 412 F 88 CART 12ºDIST**

RECIFE PE 10.01.2003

CPE

134.216.784-80

ASSINATURA DO DIRETOR

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GENTELE DO ITB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

216073681408151504 934 304

F-RI 87.652 - 3111

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BULH

EC-2

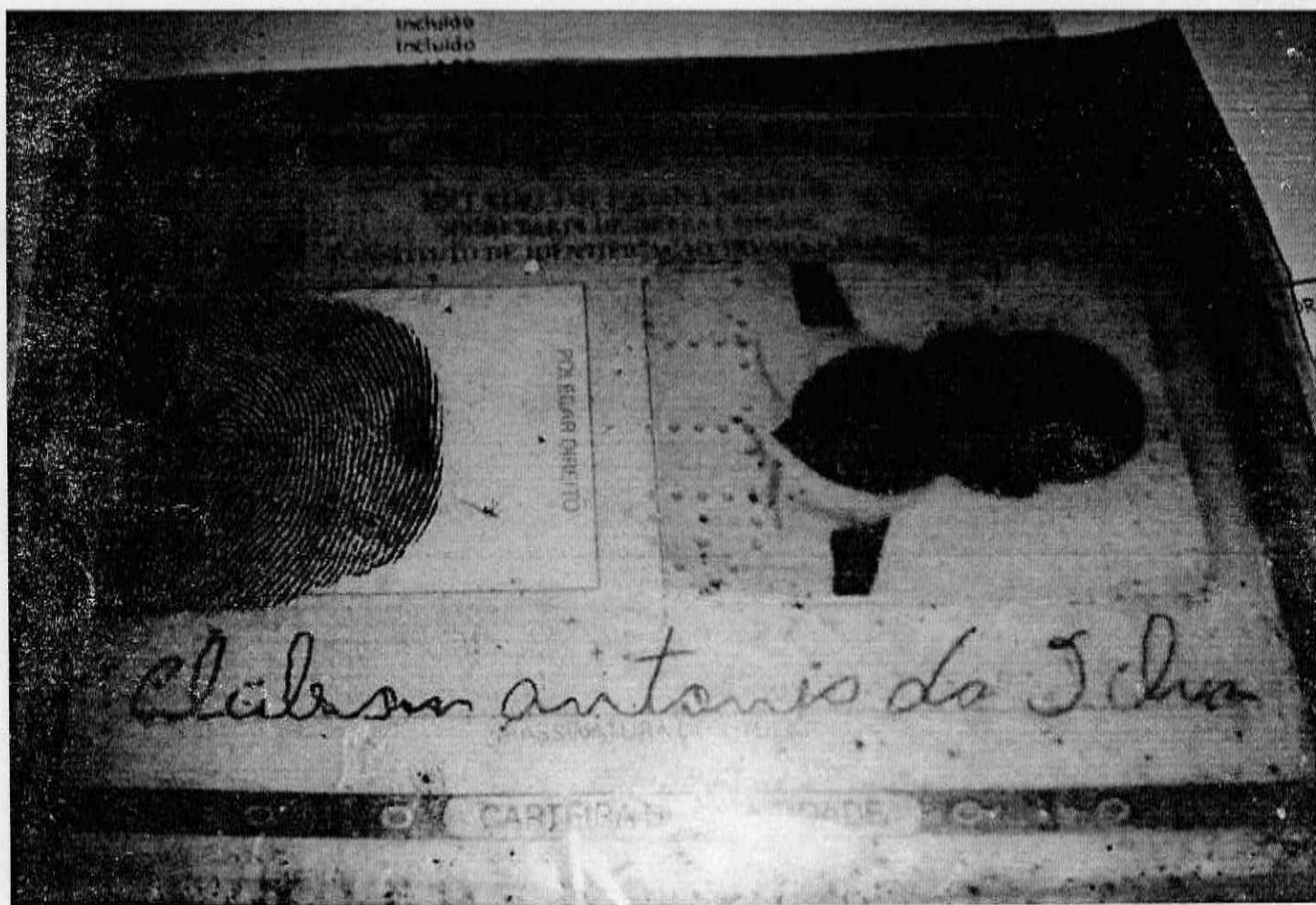


POI - MÃO DIREITA



Deilson Antônio da Silva Junior
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



ANTONIO DA SILVA >>
ANTONIO DA SILVA >>
NEIDE DA SILVA >>
DATA DE NASCIMENTO
13/09/1977
PE - PE
<< CN.21815 LA19 F.168VS CART.
ZONA RECIFE-PE 30.03.1978 >>
56.444-35
ASSINATURA DO DIRETOR
LEONARDO DE 09/08/83
F-32 14.541



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **032.856.444-35**

Nome: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Data de Nascimento: **13/09/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/10/1997**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:48:32** do dia **05/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5824.1FAB.9E03.5D64**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

10.883.553

10/08/2018

<< CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR >>

FILIAÇÃO

<< CLEIBSON ANTONIO DA SILVA >>

<< JANAINA GOMES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE

02/01/2003

DOC ORIGEM

<< CN 49443 L A 42 F 88 CART 12ºDIST

RECIFE PE 10.01.2003 >

CPF

134.216.784-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

27-223681408151504 824 1964

F-R1 87.652 - 3111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



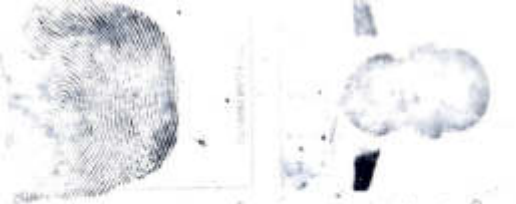
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1



Deilson Antônio da Silva Junior
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



→ Cláudio Antonio da Silva

135.425

24/10/2008

LEISON ANTONIO DA SILVA >>

<< JOSE ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA NEIDE DA SILVA >>

RECIFE - PE

13/09/1977

<< CN.21815 LA19 F.168VS CART.

13ª ZONA RECIFE-PE 30.03.1978 >>

32.856.444-35

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>Leibson Antonio da Silva</u>		
Data do Acidente:	<u>30/02/19</u>	CPF da vítima:	<u>junior</u>
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	<u>Edson Paulo de Sousa</u>

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>28/11/19</u>
Nome:	<u>ON</u>
Assinatura:	<u>Rosiane</u>

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3390/670011 Data da solicitação: 13/04/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: Gleibson Antonio da Silva CPF do beneficiário: 134.216.784-80
Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997140111 Tel. Comercial: () E-mail:
DDD DDD DDD
Tel. Residencial: () DDD

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou enviando novos documentos médicos para nova avaliação.

Recife, 13 de abril de 2020.

Local e Data

Gleibson Antonio da Silva Kissner
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Leibson Antonio da Silva		
Data do Acidente:	30/02/19	CPF da vítima:	junior
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	Edmon Paulo de Sousa

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	28/11/19
Nome:	Or
Assinatura:	Rosiane

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151328 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRÚRGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

Número do Sinistro: 3190670011

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR : 134.216.784-80

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
CPF: 032.856.444-35

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
CPF: 032.856.444-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117800/20

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
CPF: 134.216.784-80

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA